

Posttraumatiske problemer blant barn og ungdommer.

Noen praktiske arbeidsverktøy 1

Atle Dyregrov

Magne Raundalen

Senter for Krisepsykologi

Fabrikkgaten 5

5037 Solheimsvik

Tlf: 55596180

Fax: 55297917

Engelsk tittel: Posttraumatic problems in children and adolescents. Some practical guidelines.

Running head: Posttraumatiske problemer

Abstract:

Traumatized children struggle with intrusive images and thoughts, avoidance reactions and hyperarousal. Different practical guidelines and tools for helping children with these problems are outlined. Several methods are described such as visual imagery techniques including the screen method, coping imagery, distraction methods, thought stopping, self instructions, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In addition, methods to approach avoided situations (exposure methods), relaxation work, and reorganisation and cognitive integration are depicted. The use of writing, praying and physical contact is also mentioned as methods to help reduce negative after-effects following traumatic events. The therapeutic tools are to be used within a clinical setting where a therapeutic climate of openness, care and trust is first established.

Innledning

Psykologisk hjelp til barn og unge som er blitt eksponert for traumatiske hendelser og kritiske livsperioder, utformes innenfor rammene av grunnprinsippene for terapeutisk intervensjon: i trygghetsskapende atmosfære preget av direkthet, åpenhet og omsorg. Det er vår erfaring at tilliten etableres raskest når vi meget tidlig gir tydelige signaler om at vi kan ta imot det forferdelige som kommer. Det vil si at vi formidler at vi kan hjelpe dem med å uttrykke «det verste».

I det følgende vil vi beskrive det vi har kalt arbeidsverktøy til bruk i mer avgrensede traumatiske situasjoner som barn og ungdom opplever, noe Terr (1991) kalte type I traumer. Slike situasjoner inkluderer bl.a. følgende: alvorlige ulykker, være vitne til andres død, finne døde personer, utsettes for sterke trusler eller vold, voldtekt, miste kjære i plutselige dødsfall, og andre situasjoner som truer personens liv og integritet.

Ettervirkningen av slike situasjoner innebærer ofte spesifikke plager, slik de i korthet blir beskrevet nedenfor (for en bredere oversikt se Dyregrov, 1993a). Vi ønsker ikke å nedbetone de mange viktige kliniske forutsetninger og arbeidsmetoder som kan komme til anvendelse i en terapeutisk kontakt med denne gruppen, men vil i denne artikkelen fokusere på arbeidsverktøy som gir spesifikk hjelp til å redusere plager som ellers kan medføre mye ubehag. Vi vil fokusere på individuelle arbeidsmetoder mer enn gruppemeter (for et utvalg gruppemeter til bruk for barn i en traumatisk kontekst se Netland & Røssland, 1996).

Spesifikk hjelp for spesifikke problemer

Etter en traumatisk hendelse opplever ofte barn påtrengende minner eller fantasier knyttet til hendelsen. Det kan være deler av en traumatisk hendelse, eller hele hendelsen som trenger inn i bevisstheten i våken tilstand og/eller i drømme. Minnene kommer tilbake uten at barnet opplever å ha kontroll over det, og det oppleves ofte som sterkt ubehag. Som regel er det ytre stimuli, såkalte traumatiske påminnere, som igangsetter gjenopplevelingen og utløser

frykt for repetisjon av den opprinnelige situasjonen. Påminnerne kan være stimuli som tas inn i alle sansekanaler (syns-, hørsels-, smaks-, lukt-, eller berørings- eller kroppsposisjons-inntrykk), eller symbolske stimuli. Deres atferd og tanker kan også preges av unngåelsesreaksjoner i forhold til steder, situasjoner, personer, samtaler eller tanker som knyttes til det som hendte. Mange utviser symptomer som avspeiler en kroppslig overaktivering etter slike hendelser. Denne aktiveringen viser seg som økt distraktibilitet, kroppslig uro, hyper-årvåkenhet, for å nevne de hyppigste utslagene. Plagene kan forme et mønster som fyller kriteriene for PTSD (posttraumatisk stressforstyrrelse), (APA - 1994), eller de kan være begrenset til plager langs noen av disse dimensjonene. Sterk angst og sterke skyldfølelse er ikke uvanlig, samtidig som skolevansker og sosial isolasjon kan vanskeliggjøre situasjonen. Yngre barn viser økt avhengighet av voksne. De minste barna "avspiller" ofte det som hendte i lek og tegning (Yule, 1992).

Det er velkjent at mange barn underrapporterer sine plager til foreldre, av frykt for å uroe foreldrene eller fordi foreldrene ikke ser eller skjønner barnas plager. Derfor det viktig å innhente informasjon om barnas reaksjoner direkte fra barna. Vår erfaring er at mange barn som har opplevd dramatiske situasjoner kan trenge spesifikk hjelp for spesifikke plager. Figur 1 gir en oversikt over en del slike metoder. Noen av disse spesifikke terapeutiske arbeidsmetodene beskrives nærmere.

Forestillingsmetoder

Forestillingsmetoder er svært anvendelige i arbeid med barn, fordi barna da kan ta i bruk sin fleksible og levende fantasi. Når barn plages av minner fra det som hendte, er det ofte i form av bilder eller hørselsinntrykk som utløses av påminnere som plutselig dukker opp. Det kan være et enkelt bilde fra hendelsen, eller en gjenspilling av «filmen» av det som skjedde, som gjenoppleves. Minnene setter i gang følelser som ofte leder til unngåelsesatferd (noen ganger tvangspreget atferd), antagelig for å begrense ubehag og psykisk smerte.

Bruk av forestillingsmetoder nyttes for å hjelpe barnet til å få kontroll med de negative minnene. Før dette arbeidet starter forsøker terapeuten å etablere, eller aktivere, positive forestillinger. Slike positive forestillinger nyttes også i tilknytning til eksponeringsmetoder, det være seg om disse er in vitro (i fantasien) eller in vivo.

En ikke uvanlig metode har fått benevnelsen «safe place», det vil si at man skaper forestillinger om et trygt sted. Barnet blir bedt om å visualisere, beskrive eller tegne et spesielt "godt" sted, et sted som kjennetegnes av velbehag og trygghet - et sted hvor det er godt å gå til i fantasien. Mindre barn kan f.eks. se for seg når mamma eller pappa setter seg ved sengen for å lese, synge og snakke, at de dytter dynen godt rundt dem om kvelden og setter seg ned for å ha en kosestund. Dette positive bildet kan aktiveres senere for å hjelpe barnet til å dempe den angst og spenning som de negative minnene vekker.

For å hjelpe barn til å håndtere visuelle minner starter vi med å kartlegge de elementer av synsminnene som er sentrale og mest urovekkende for barnet. Deretter bruker vi «skjermteknikker»:

"Kan du forestille deg at du ser en TV skjerm på veggen der? Kan du forsøke å se bildet av det du fortalte om i sted på den skjermen? Greier du det? Fint. Ser du bildet i farger eller sort/hvitt? Kan du endre fargene til sort/hvitt? Kjempesfint. Vet du hva en fjernkontroll er? Ok. Kan du tenke deg at du har en fjernkontroll i hånden? Tenk deg at du ser bildet på skjermen nå. Ser du det? OK. Tenk deg at du trykker på "av" knappen på fjernkontrollen. Hva skjedde?"

Om barnet greier dette kan det gjentas og eventuelt suppleres med flere kontrollteknikker. Metoden kan varieres f.eks ved å si:

«Kan du se det som hendte foran deg? Hvor langt ute ser du det? Bra. Kan du forsøke å flytte bildet lengre ut, bort fra deg, og mens du flytter det så lar du bildet bli mindre og mindre. Fint. Kan du tenke deg at du flytter det så langt ut at det blir helt borte?»

Barna kan bli bedt om å spole denne filmen baklengs. De kan endre på innholdet. De kan bli bedt om å forestille seg at de ser bildet i terapeutens hånd. Hånden kan holdes i ulike avstander foran barnets ansikt. Deretter flyttes hånden gradvis lenger bort fra barnet, for så raskt å føres bak terapeutens rygg mens man sier: «Nå er det borte» (variant innført av Olav Müller, personlig Samtale 1993). Barnet kan bli bedt om å flytte bildet lengre og lengre bort til det forsvinner inn i veggen. Det kan bes om å vende på det og endre på det. Variasjonsmulighetene er store og mange barn deltar med liv og lyst i dette arbeidet, og opplever spontant at de kan få mer, av og til endog full kontroll over de plagsomme minnene. Barnet kan tenke seg at det tar opp minnene på en videokassett. Denne kassetten kan det ta ut og skifte til en annen, osv. Det kan forestille seg at det låser den ned i en skuff, tar den med til neste time, sletter den, hurtigspoler den, osv. En spesiell utvidelse av denne varianten bringer inn avstand til det forferdelige. Barnet forestiller seg at det ser på seg selv som ser på «filmen» fra de grusomme hendelsene (Stanton, 1988).

Med hensyn til hørselsminner må det først kartlegges nøye hvilke dimensjoner ved inntrykket det er som plager dem. Er det intensiteten, stemmekvaliteten, styrken eller andre elementer? Etter at dette er gjort, kan barnet forestille seg at det hører lydminnet på en radio, kassettopptaker, fjernsyn uten bilde - mulighetene er flere. De kan instrueres til å skru ned volumet eller øke tempoet. De kan la stemmen høres ut som Donald Duck eller endre på stemmen i andre retninger, de kan spole tapen baklengs, endre språk, de kan høre andre ord, eller de kan rett og slett skru av. De kan også forestille seg at lyden blir spolt over på en tape, tapen kan stoppes, tas ut, eventuelt ødelegges.

Når vi har arbeidet med barn som sliter med påtrengende, tilbakevendende minner, har de ofte rapportert at det aller verste med disse minnene er at de er fullstendig utenfor deres kontroll. Når vi skal forklare den forbløffende bedring som ofte skjer ved anvendelsen av slike metoder, tenker vi at noe av svaret finnes nettopp her; de opplever at det nytter å gjøre noe, at det finnes metoder som kan hjelpe dem til å få noe kontroll over det forferdelige, og at det gir dem

styrke og selvtillit til å fortsette den nødvendige konfrontasjonen med de traumatiske minnene.

Mestringsbilder eller hjelpebilder kan også brukes av barn i «kampen» mot de vonde minnene. Barn kan se seg selv med et våpen (f.eks. laserkanon) som de kan ta med seg i fantasien når de skal nærme seg de negative minnene i tankene. De kan også i fantasien eller i tegning oppfordres til å stoppe gjerningsmannen, hevne seg på han, omgjøre hendelsen eller reversere den.

En jente i førpuberteten ble utsatt for trusler på livet fra en fremmed mann. I oppfølging ca 1 uke etter hendelsen tegnet hun mannen i et fengsel med gitter rundt seg, det brant der inne og bomber var på vei fra oven. Hun beskrev en rekke bilder som spontant kunne aktiveres av psykologen ved å introdusere ideen om å leke med hendelsen i fantasien.

Barns hevnfantasier kan fungere terapeutisk for dem (Pynoos & Eth, 1986), men bør følges opp med samtale. I alle tilfeller bør den overveies nøye bl.a. med hensyn til barnets personlighet slik at det ikke blir overveldet av u håndterlig aggresjon.

Distraksjonsmetoder

Når faste negative tankemønstre vender tilbake, er det viktig å hjelpe barnet til å uttrykke de sider ved hendelsen som plager dem mest. Noen tanker og minner fortsetter likevel å vende tilbake. Da kan bruk av distraksjonsmetoder være hensiktsmessige. Dette kan inkludere det å holde på med hobbyer, lese, se på TV, lytte til musikk på walkman, løpe en tur, høre på noe morsomt, lytte til avspenningskassett, kort sagt sette seg i gang med noe som tar tankene vekk fra det vonde eller triste. I studier av voksne (Thayer, Newman & McClain, 1994) har det vist seg at det nesten er fullstendig overlapp mellom de metoder som personer bruker for å komme ut av dårlig humør og de metodene som brukes for å redusere spenning og mobilisere energi. Samvær med andre, og bruk av ulike kognitive strategier, lytte til musikk og trim har slik effekt. Hos voksne synes slike distraksjonsmetoder mer brukt blant menn enn kvinner (Thayer,

Newman & McClain, 1994), og i en hovedoppgave våre studenter gjennomførte ble det funnet at gutter (7-9 klasse) var mer tilbøyelige til å benytte slike metoder enn jenter (Antonsen & Pilø, 1995). Det er grunn til å tro at overdreven bruk av slike metoder medfører at traumatisk materiale ikke bearbeides. Det er forskjell på distraksjon og bort-trengning, både hva angår form og effekt. Intense, positive opplevelser kan ha en mer langtids-distraksjonseffekt. Hvis de har opplevd noe positivt som de kan «leve lenge på», har de fått en kilde hvor de kan «drukne» de vonde tankene for en stund.

Tankestopping

Tankestopping er en metode som kan nyttes av barn for å få kontroll over tanker som stadig vender tilbake, f.eks. tvangspregede tanker (Wolpe, 1969):

Truls mistet sin bror i en ulykke. I tiden etterpå utviklet han flere tvangspregede tanker. Han måtte kontrollere om døren var låst, kokeplaten slått av, osv. Han rapporterte at han på ny og på ny måtte sjekke om døren var låst før han gikk til skolen. Når en ulykke som tok hans brors liv kunne skje, kunne alt skje. Tvangshandlingene hans må ses på som en måte å gjenvinne trygghet i en plutselig, uforutsigbar verden. Ved å gjøre bestemte ting, unngikk Truls at nye fryktede ting skjedde. I oppfølgingssamtaler fikk han opplæring i tankestopping. Først ble han bedt om å kalle frem den uønskede tanken, og mens han holdt dem i tankene ropte psykologen "stopp" høyt. Dette ble repetert en rekke ganger. Umiddelbart etter ropet skulle Truls si til seg selv: "Du har låst døren" (instruksjon) før han skulle tenke på en bestemt behagelig situasjon han selv hadde valgt. Så trente han på å rope "stopp" selv, før han ble bedt om å anvende prosedyren hjemme. Da skulle han tenke tanken og si stopp høyt inni seg. Deretter overførte han dette til den virkelige situasjonen. I løpet av en uke var problemet "ubetydelig", som han selv uttrykte det. Parallelt fortsatte samtaler om andre sider av hans savn og sorg etter broren.

Selvinstruksjoner kan brukes til å få kontroll med uønskede tanker og forestillinger:

Åge opplevde at far ble truet på livet av en mann som tidligere var dømt for drap. Det tok lang tid før foreldrene forsto hvor mye denne hendelsen hadde skremt Åge. Da de tok kontakt med psykologen var Åge 13 år og svært redd for å være alene hjemme, selv når han kom hjem fra skolen og det fremdeles var lyst ute. Til psykologen forteller han om fantasier hvor han ser morderen i huset, hører han på loftet, osv. Selv når fantasiene er brakt under kontroll med EMDR (se senere), er han svært redd i hjemmet. Sammen med psykologen skriver han inn på PC en rekke utsagn (selvinstruksjoner), det vil si ting han kan si til seg selv når han er alene hjemme. Blant disse er:

- «Lydene jeg hører er vanlige lyder i huset»
- «Det skjer ingenting selv om jeg er alene»
- «Ingen bryter seg inn om de hører folk romstere»
- «Jeg vet hva jeg kan gjøre for å kontrollere tankene.»

I timen hos psykologen lytter også Åge og terapeuten til alle "normale" lyder i et stille rom, og Åge får i "hjemmelekse" å gjøre det samme hjemme, slik at han kan lære at det alltid er lyder i et hus, lyder som ikke betyr at noen er i ferd med å bryte seg inn.

Åge får hjelp av foreldrene til å gradvis utvide periodene han er alene i huset, slik at han opplever kontroll, og han bruker med suksess de beroligende selvinstruksjoner han selv har vært med på å utforme. Hans frykt fortar seg, selv om han fortsatt misliker å være alene hjemme etter at det er blitt mørkt. Foreldrenes og psykologens belønning i form av ros, og feedback var viktig for å styrke hans selvfølelse.

I arbeidet med slike selvinstruksjoner er det viktig at barna/ungdommene selv aktivt deltar i utformingen av instruksjonene, og at ordene skrives ned, slik at både terapeut og barn har sin egen versjon. En lekende tilnærming, med mye humor øker motivasjonen. I tillegg gis skikkelig oppmuntring når de har klart å bruke selvinstruksjonene, og foreldrene må instrueres i å rose dem.

I arbeidet kan barna også føre en "logg" over hva som skjer, når tankene melder seg, hva de sa til seg selv, hvordan det virket, osv. Denne tar de med til timen og så benyttes den som utgangspunkt for samtale og justering av hva de

skal si, formen på selvinstruksjonen, osv. Gjennom slike selvinstruksjoner kan barn dempe angst og spenning, motvirke fantasier, og unngå at irrasjonelle tanker ("Det var min skyld", "Jeg skulle ha....") tar overhånd.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing har vi beskrevet tidligere (Dyregrov, 1993b). Denne metoden innebærer at det traumatiske bildet, fantasiene, m.m., holdes fremme i bevisstheten, samtidig som hjernen utsettes for rytmisk stimulering enten via øyebevegelser, alternerende lyd (knipsing på hver side av ørene) eller taktil stimulering. Uttrykket Eye Movement er derfor noe misvisende, i og med at metoden tar i bruk ulike oppmerksomhetsfokuserende stimuli. Ny metodisk sett god forskning (Wilson, Becker & Tinker, 1995) har dokumentert oppsiktsvekkende resultater ved bruk av denne metoden. Selv om disse undersøkelsene er utført i grupper av voksne, har kliniske rapporter (Cocco & Sharpe, 1993; Greenwald, 1994; Pellicer, 1993) og egen klinisk erfaring vist at metoden er meget anvendelig på barn. En mer omfattende beskrivelse av EMDR som metode finnes hos Shapiro (1995).

Metoden forutsettes brukt av personell med psykoterapeutisk skolering og krever en trygg terapeutisk relasjon som garanterer barnet oppfølging dersom det blir overrumplet og overveldet av følelsene som utløses. Slik vi oppfatter det innebærer metoden en simultan desensitivisering og kognitiv restrukturering av minner. Ved alternativ taktil stimulering til hendene (handtapping) har metoden vært nyttet med gode resultater hos selv små barn (kliniske beretninger).

Roy (12 år) hadde fantasier om at hans døde pappa plutselig var i rommet. Han så faren foran seg og var redd for hva faren ville gjøre mot ham. Ved bruk av EMDR skjer det spontane endringer. Han snakker med faren i fantasien. Han får sagt ting han ønsker at han hadde fått sagt til far før han døde. Mens øyebevegelsene foregår ser Roy faren snu på hælen og forlate rommet. Han skjønner at faren ikke

vil han noe vondt. Gutten opplever umiddelbar spenningsdemping, og rapporterer over de neste månedene ingen nye plagsomme fantasier.

Eksponeeringsteknikker

Unngåelsesreaksjoner kan avhjelpest gjennom planlagt eksponering for situasjoner som vekker ubehag hos barnet. Mye av arbeidet på dette området består i å hjelpe barnet til å håndtere de mange påminnerne som omgir dem. Fordi disse påminnerne ofte utløser ubehagelig savn og smerte, trenger barna råd og vink om hvordan de kan håndtere eller konfrontere dem. Noen ganger er barna heller ikke klar over hva det er som setter i gang slike reaksjoner. Derfor unngår de alt som minner om hendelsen de har vært med på. Ved å finne frem til eller identifisere disse påminnerne kan barna hjelpes til en mer selektiv trening for å møte og dosere det som "smerter".

Unngåelsesreaksjoner kan forstås i et fobisk betingingsperspektiv. Hver gang barna unngår ubehagelige situasjoner, samtaler, handlinger eller personer som kan utløse psykisk smerte, ubehag eller sorg, opplever de at ubehaget avtar, det vil med andre ord si at det skjer en negativ forsterkning av unngåelsesreaksjonen. Bruk av eksponering, in vitro og in vivo, samt flooding-metoder kan under kontrollerte former motvirke det som ellers kan utvikle seg til livsbegrensende unngåelsesatferd (se Gylling, 1981). Vanligvis vil tilnærmingen til det smertefulle skje ved samtidig bruk av avslapningsteknikker, bl.a. bruk av en trygg plass barna kan hente frem fra fantasien (se foran). Tankene på denne situasjonen kan raskt dempe ubehaget. Selv om det i voksenlitteraturen finnes mange rapporter om vellykket bruk av atferdsterapeutiske teknikker for å redusere påtrengende tanker, unngåelses- og fobiske reaksjoner, finnes det få slike rapporter fra terapier med barn. Saigh (1986, 1987) har i flere kasusrapporter med forskningsdesign (single case design) vist hvordan in vitro flooding har vært til stor hjelp for barn (alder 6 og 10 år) etter krigstraumer (bombeeksplosjoner og artilleriild). Hver sesjon begynte med 10-15 minutters avslapning, deretter fulgte fra 24 til 60 minutters flooding hvor barna ble bedt om å forestille seg hva som skjedde under de

traumatiske hendelsene. Mellom og etter slik forestillingsaktivitet ble avslapningsøvelser benyttet.

Eksponering under veiledning og støtte synes å være virksom både for påtrengende tanker og unngåelsesatferd. Vi har også benyttet en kombinerings av eksponering i fantasien koblet med mestringsbilder for å hjelpe barn. Barnet blir bedt om å se for seg hva som skjedde med bilder, tanker og følelser fra situasjonen. Deretter blir de lært til i fantasien å skifte ut det som hendte med et nytt scenarie hvor de kan omgjøre det som hendte. Her kan de redde seg selv eller andre, skremme bort den de frykter eller magisk unnsnippe det som hendte. De kan påkalle all hjelp de vil fra politi, foreldre, magiske hjelpere og andre for å se seg selv mestre situasjonen. Når vi bruker disse metodene, er det alltid et viktig lekeelement involvert i dem. Vi skaper en atmosfære av lek i fantasien, slik at barnet får tro på at dette skal de klare.

Avslapningsmetoder

Overaktiveringen henger delvis sammen med de påtrengende minnene, slik at arbeidet med å få kontroll over minnene ofte gir en positiv effekt på kroppslig uro. En kombinasjon av å lære barnet både avslapningsmetoder og selvinstruksjoner for å begrense angstproduserende tanker, gir ofte god effekt. For en god beskrivelse av avslapningsmetoder for barn og ungdom henvises til Forman (1993). Avslappende forestillingsbilder kan også benyttes, f.eks. at man forestiller seg at man ligger på stranden eller sitter foran peisen. Barn helt ned i syv- til åtteårsalderen er i stand til å produsere og manipulere slike bilder (Jay, Ozolins, Elliott & Caldwell, 1983). Pustemetoder kan også anvendes. Barnet blir bedt om å puste dypt inn (gjennom nesen hvis de klarer det), holde pusten og så langsomt puste ut. Mens det puster ut, skal det forsøke å slappe av i hele kroppen fra hode til tær. På utpust kan det i tillegg si "rolig". Spenningsreduksjon finner sted ved rolig, dyp, regelmessig diafragmatisk magerespirasjon.

Søvnforstyrrelser finnes blant symptomene på overaktivering, men er ofte et resultat av urovekkende minner som opptrer etter at barnet har lagt seg. Bruk av faste rutiner ved sengetid kombinert med musikk har vist seg nyttig for flere

slike problemer (Yule & Williams, 1990). For mareritt har kognitive atferdsmetoder basert på detaljert våken gjennomgang av marerittet over en viss tidsperiode raskt dempet frekvensen av marerittene. (Burgess, Marks & Gill, 1994; Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak & Lambert, 1993). Også hypnose er rapportert å ha en god effekt (Kingsbury, 1992). Fra egen praksis med større barnegrupper i krigsområder har vi fått tilbakemelding fra prester og imaner at det å fremsi faste kveldsbønner eller koraniske vers, har gjort barnet i stand til å roe seg og sovne fortere etter oppvåkninger og mareritt. Enkle fantasiforestillinger når barnet har våknet skrikende etter et traumemareritt har hjulpet dem til å sovne raskere. For eksempel kunne de forestille seg at de pakket sammen drømmene og lot en hest ta dem på ryggen og løpe bort med den eller en fugl tok dem i nebbet.

Reorganisering og kognitiv integrering

Utover i barnealderen utvikles kognitive skjema eller antagelser om hvordan verden er (f.eks. trygg/utrygg), hvordan andre er (f.eks. snille/slemme) og hvordan en selv er (f.eks. usårbar/sårbar). En krisehendelse medfører ofte at denne strukturen og utviklingen forstyrres. Etablerte antagelser bryter sammen, eller de blir gjenstand for nødvendige og omfattende revisjoner. Opplevelsen av sårbarhet og negativ forventning om fremtidige hendelser og tap, "mamma kan også dø", "noe annet fælt kommer sikkert til å skje", antas å utvikle angst og depresjon (Mireault & Bond, 1992). Denes-Raj & Ehrlichman (1991) har vist at voksne som opplevde tidlig død av en av deres foreldre, selv forventet å leve betraktelig kortere enn de som hadde begge sine foreldre i live. Konkret informasjon om hvorfor vi tenker slik, samtale om og forsikringer som kan redusere slike negative, nedbrytende forventninger, samt stimulering av fremtidsoptimisme med adekvate fakta og ved selvinstruksjoner, kan redusere slik sårbarhet.

Noen barn sliter med skyld og skam over egne tanker eller handlinger. Ny gjennomgang av krisehendelsen/tapet med fokus på klargjøring, oppklaring av misforståelser, ledsaget av forsikringer kan hjelpe. Det samme kan bruk av

symbolsk tilgivelse og terapeutiske ritualer. Bruk av EMDR medfører ofte en spontan bedring i barnas tanker omkring skyld og skam.

Skrivning

Flere forskere har i de senere år belyst hvordan det å skrive ned tanker og følelser, sette ord på dem og sette ordene på papiret, har betydning for den mentale helse hos personer i krise og for dem som strever med å komme seg igjen etter traumer og tap (Harber & Pennebaker, 1992). Dersom en hemmer eller holder tilbake tanker, følelser eller atferd er det fysiologisk stressfylt, og det kan over tid resultere i eller forverre forskjellige helseplager (Pennebaker, 1990). Når traumatiske eller sterkt stressfylte hendelser gis ord, enten man bare skriver dagbok for seg selv, man skriver brev til sin terapeut eller til andre, eller man uttrykker det som hendte muntlig, kan den positive virkningen av dette stikkordsmessig antydes å være: personen får gitt uttrykk for undertrykte tanker og følelser hvor undertrykkelsen anses å være hovedkilden til de unødvendige, langvarige lidelsene etter tap og traumer; og ved å skrive strukturerer man det indre kaos og skaper sammenheng i sin erfaring langs en tidsakse. Pennebaker og kolleger har vist at det ikke er tilstrekkelig bare å gi ord til hva som skjedde, men også til tanker og følelser knyttet til hendelsen.

Selv om denne forskningen er gjennomført på grupper av voksne, har vi i dag klinisk erfaring med barn i sorg og krise som gir gode grunner til å anvende skriving som bearbeidingsmetode etter traumer og tap også for denne gruppen.

En spesiell måte å anvende skriving på, har vi gjort til et fast innslag i gruppearbeid med barn som har mistet søsken, nemlig det å la dem skrive brev til den avdøde (Dyregrov og Raundalen, 1994). Det har tydeligvis vært en stor lettelse for dem å uttrykke uforløst skyld og lengsel samtidig som de kunne dele dette med andre barn som hadde opplevd det samme som dem selv. Det å feste tanker på papiret kan faktisk være betydningsfullt også for barn som er så små at de selv ikke kan skrive. Med utgangspunkt i det som i førskolepedagogikken har fått benevnelsen kreativ tekstskeping, har vi latt 6-7 åringer diktere tanker og følelser for oss som vi har skrevet ned. Hyppigheten

hvormed de vender tilbake til sin egen tekst og skal ha den opplest, har gitt oss tanker om at denne metoden ga dem en hjelp til å bygge bro mellom tanker og følelser, deres alder til tross. Antagelig representerer skriving av denne karakter, et stort potensiale for hjelp til selvhjelp. Det blir av stor betydning å utprøve dette mer systematisk blant barn i ulike aldersgrupper.

Bruk av dagbok kan gi bedre kontroll med tilbakevendende tanker og skremmende følelser. Jenter benytter dagbok lettere enn gutter, mens gutter ser ut til å finne det lettere å skrive på PC, eller muntlig fortelle historier. Vår erfaring tilsier at jenter lettere benytter ordet som terapeutisk virkemiddel. Ikke bare er de mer ordrike, men de bruker mer ord som beskriver følelser enn guttene. Guttenes ord er mer handlingsorienterte, ofte forteller de en historie. Når guttene skriver på PC'en om en venn eller familiemedlem som er død, så kan de skrive om situasjoner og hendelser de har erfart sammen med den døde, mens jentene i større grad beskriver sine tanker og følelser. Kanskje trenger guttene færre ord for å uttrykke det samme som jentene?

En meget anvendbar metode, både for å fange opp kritiske livshendelser man ellers ikke fikk vite om, og til anvendelse når skoleklasser blir rammet, er den såkalte logg-metoden. Den er utviklet innenfor det pedagogiske begrepet 'prosses-orientert skriving'. Tenkningen bak denne pedagogiske praksis er at det å uttrykke og formidle personlige opplevelser og forhold er en viktig ferdighet. Det praktiske verktøyet i denne sammenheng har vært logg-boken. En skrivebok tilhørende den enkelte elev for bruk ved gruppeoppgaver, men også med mulighet for at eleven kan skrive direkte til læreren og få svar. Dette gir en mulighet for «brevveksling» om sensitive og vanskelige tema som tap, sorg, skilsmisse og traumer.

Mer praktisk rettede metoder, som f.eks. bruk av figurer, setningsutfyllelse og andre lignende metoder appellerer i større grad til guttene enn den rene beskrivelse av følelsestilstander. De klare kjønnsforskjellene på sorg og kriseområdet (se Dyregrov & Raundalen, 1994) bør befordre en mer systematisk eksplorering av uttrykksmetoder tilpasset de to kjønn.

Betroelse gjennom bønn

Tap og sorg bringer tanker og følelser i religiøs retning uansett holdning og praksis i familien fordi avskjeden (begravelsen) er et religiøst utformet rituale. I tillegg er det en kjent, klinisk observasjon at sykdom og ulykker med døden til følge «fordyper» tilværelsen til de som blir rammet, og religiøs orientering er ofte det eneste området hvor de kan finne et språk for disse tankene. Vi har observert at dette i utpreget grad gjelder barna, nesten uansett foreldrenes grad av religiøsitet. Fra studier blant voksne og fra erfaringer med barn, er det klart at det å be, si det til Gud, er en spesiell kanal for kontakt mellom de innerste tanker og følelser. Det vil alltid være opp til den enkelte familie selv å legge rammene for religiøs utøvelse i forbindelse med tap og sorg, men sett fra en terapeutisk motivering er det vel verdt å orientere seg om disse mulighetene for "selvhjelp". Barna kan betro all sin engstelse og sine vonde minner til Gud (eller Allah) på en detaljert og beskrivende måte. Noen barn tegner det som hendte med dem og plasserer det ved siden av sengen så Gud skal se hva som virkelig hendte med dem og således bedre forstå deres bønn. Betroelser gjennom bønn kan også skje i fellesskap med at man ber «høyt». Det har vist seg at hjelpeløse foreldre i krigsrammede områder lettere kan motta og høre på barnas fortvilelse når de rettes mot «Den allmektige». Foreldre må få vite at dette kan være smertefullt og at barn kan begynne å gråte. I krigssituasjoner har vi erfaring for at dette reduserer mareritt og andre spenningsutløsere og hjelper barnet til å hankses med vanskelige situasjoner (for en bredere oversikt se Raundalen, 1995).

Fysisk kontakt

Nylig er det påvist at barn opplever en klar nedgang i fysisk kontakt fra foreldrenes side må en familie rammes av en traumatisk hendelse (Field, Seligman & Scafidi, 1996). Foreldre som opplever traumatiske hendelser blir ofte så opptatt med hendelsen og egne tanker og reaksjoner at de i en periode viser redusert foreldrekapasitet, både m.h.t. oppmerksomhet mot barn og fysisk kontakt. Samtidig vet vi at fysisk kontakt, berøring (stryking, holding) kan være svært beroligende etter en traumatisk situasjon. Det demper spenning og

ser ut til å ha en viktig legende fysiologisk virkning. Field et al. (1996) tok konsekvensen av dette og gjennomførte et eksperiment etter orkanen Andrew i USA. Seksti barn fikk massasjeterapi (massasjestudenter ga massasjen) en halv time daglig i 8 dager. Sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk tilsvarende oppmerksomhet var massasje-gruppe-barna mindre engstelige, deprimerte og mer avslappede. Massasje-gruppen utviste også klart færre PTSD symptomer enn kontrollgruppen. Siden det er knyttet tabu-forestillinger til berøring på grunn av den forsterkede intimiteten, bør en berøringsterapi planlegges og forklares nøye. Utført på barn burde helst mor eller far være tilstede.

Man kan også som Field og medarbeidere (1996) foreslår, la lærere instruere elever til å gi slik massasje til hverandre. I tillegg kan foreldre oppfordres til å gi mer fysisk kontakt til sine traumatiserte barn, f.eks. stryke, klappe, holde rundt dem, for å utnytte den legende virkning som ligger i den fysiske kontakten. På dette området er det å anta at vi innen få år vil få mer innsikt i hvilke fysiske stimuleringsmetoder som kan ha en traumebeskyttende virkning.

Konklusjon

Økt kunnskap om barns smertefulle traumereaksjoner har motivert utvikling og evaluering av arbeidsverktøy som kan hindre og lindre det psykiske ubehaget. Vårt formål med denne artikkelen er at våre kolleger rundt om i landet blir stimulert til både å prøve ut nye arbeidsmåter og til å formidle dem videre. Slik kan vi bli bedre til å hjelpe de som er blitt utsatt for triste og forferdelige livshendelser.

1) Dette arbeidet er støttet økonomisk av Rådet for Psykisk Helse.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.
- Antonsen, N. E., & Pilø, A. B. (1995). Forebyggende arbeid i skolen. Ungdommers tanker om ulike typer støtte ved en venns død. Hovedoppgave Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen.
- Burgess, M., Marks, I. M. & Gill, M., (1994). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. British Journal of Psychiatry, 165, 388-391.

- Cocco, N., & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of Eye Movement Desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 24, 373-377.
- Denes-Raj, V., & Ehrichman, H. (1991). Effects of premature parental death on subjective life expectancy, death anxiety, and health behavior. Omega, 23, 309-321.
- Dyregrov, A. (1993a). Katastrofepsykologi. Oslo: Ad Notal Gyldendal.
- Dyregrov, A. (1993b). EMDR - en ny metode for traumebehandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 30, 975-981.
- Dyregrov, A., & Raundalen, M. (1994). Sorg og omsorg i skolen. Bergen: Magnat forlag.
- Field, T., Seligman, S., & Scafidi, F. (1996). Alleviating posttraumatic stress in children following hurricane Andrew. Journal of Applied Developmental Psychology, 17, 37-50.
- Forman, S. G. (1993). Coping skills interventions for children and adolescents. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. Anxiety Disorders Practize Journal, 1, 83-97.
- Gylling, H. (1981). En sorgterapi med en 11 1/2 årig skoledreng. Skolepsykologi, 6, 356-375.
- Harber, K. D., & Pennebaker, J. W. (1992). Memory, emotion, and response to trauma. In Christianson, S-Å. (Ed.). The handbook of emotion & memory: research & theory. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Jay, S. M., Ozolins, M., Elliot, C. H., & Caldwell, S. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. Health Psychology, 2, 133-147.
- Kingsbury, S.J. (1992). Strategic psychotherapy for trauma: hypnosis and trauma in context. Journal of Traumatic Stress, 5, 85-95.
- Krakov, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D., & Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: with a thirty month follow-up. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 24, 325-330.
- Mireault, G. C. & Bond, L. A. (1992). Parental death in childhood: perceived vulnerability, and adult depression and anxiety. American Journal of Orthopsychiatry, 62, 516-524.
- Netland, M. & Røssland, A.(1996). Samtalegrupper for flyktningebarn. Hefte. Bergen: Senter for Krisepsykologi.
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: a case report. Journal of Behavioral and Experimental Psychiatry, 23, 319-323.
- Pennebaker, J. W. (1990). Opening up. The healing power of confiding in others. New York: William Morrow and company.
- Pynoos, R. S., & Eth, S. (1986). Witness to violence: the child interview. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25, 306-319.
- Raundalen, M. (1995). Krigstraumatiserte barn. Retningslinjer for barn. Hefte. Bergen: Senter for Krisepsykologi.

- Saigh, P. A. (1986). In vitro flooding in the treatment of a 6-yr-old boy's posttraumatic stress disorder. Behavior Research and Therapy, 24, 685-688.
- Saigh, P. A. (1987). In vitro flooding of a childhood posttraumatic stress disorder. School Psychology Review, 16, 203-211.
- Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures. New York: The Guilford Press.
- Stanton, H. E. (1988). Treating phobias rapidly with Bandler's theatre technique. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 16, 153-160.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 910-925.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 928-937.
- Wolpe, J. (1969). The practice of behavior therapy. New York: Pergamon press.
- Yule, W. (1992). Posttraumatic stress disorder in children. Current Opinion in Pediatrics, 4, 623-629.
- Yule, W., & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. Journal of Traumatic Stress, 3, 279-295.